ROK VII. MAJ-CZERWIEC 1934 Nr. 5 i 6.

POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH MAŁOPOLSKI LWÓW—KRAKÓW

Cena pojedynczego numeru 60 groszy, w przedpłacie kwartalnej Złotych 1·50

Redakcja i Administracja: Lwów, Pijarów L. 4. Telefon 126 i 88-50.

Redakcja na Kraków ul. Kopernika L. 17, Telefon Nr. 102-65

Dr. J. BAŻOWSKI — (Lwów).

Pęknięcia macicy w czasie porodu.

Statystki zakładów położniczych wykazują, że ilość pęknięć macicy w czasie porodu, odbywającego się poza zakładem nie zmniejsza się. W pewnych dzielnicach Polski (Małopolska Wschodnia) pęknięcia macicy w czasie porodu, odbywającego się w domu rodzącej, stanowią bardzo znaczny odsetek, gdyż wynoszą od 0, 1 proc. do 1 proc. Jest to zjawisko przerażające. Statystyki zakładów położniczych zmuszają nas do zastanowienia się i szukania przyczyny tego smutnego faktu. Rzecz poprostu niebywała. Kobieta spełnia swój najszczytniejszy obowiązek i podczas tego następuje tragedja, pociągająca za sobą śmierć matki i płodu. Do wyjątków należy, abyśmy mogli uratować życie rodzącej, przywiezionej z prowincji do zakładu z pękniętą macicą. Umierają one podczas wykonywania operacji lub też w kilka lub kilkanaście godzin póź-

niej. Podczas operacji stwierdza się we wszystkich bez wyjątku przypadkach ropne zapalenie otrzewnej oraz ogólne zakażenie.

Analizując te przypadki stwierdziliśmy, iż chore te pochodzą przeważnie z małych osad i wiosek. Są to wyłącznie chłopki. Wśród tych chorych nie było ani jednej żydówki. Ustaliliśmy następnie, że przyczyną pęknięcia macicy było położenie poprzeczne płodu. Do porodu były wzywane babki, które rzecz naturalna nie mogły rozpoznać nieprawidłowego położenia płodu; skoro nawet rozpoznały, to nie wiedziały jakie to pociągnie następstwa i liczyły na poród siłami natury. Niektóre nawet próbowały wykonywać obroty na nóżkę. Skoro poród nie postępował wzywano wtedy położną, która rozpoznawała położenie poprzeczne zaniedbane, lub stwierdzała pęknięcie macicy. Położna kierowała te przypadki natychmiast do szpitala.

W wyjątkowych i rzadkich wypadkach położna nie stawała w podobnych sytuacjach na wysokości zadania. Wypadki takie miały miejsce. Naogół jednak położne rozpoznawały położenie poprzeczne zaniedbane, pęknięcie macicy i zdając sobie sprawę z następstw tych nieprawidłowości — odsyłały rodzące do szpitali.

Jasną się staje przyczyna tych częstych pęknięć macicy, jakie notujemy w naszych statystykach zakładowych. Zupełny brak opieki nad ciężarną kobietą we wsiach i małych miasteczkach, oraz przerażająca ciemnota ludności wiejskiej.

Chłop ma większe zaufanie do babki, niż do położnej. Babka jest mu bliższa i we wszystkim idzie mu na rękę. Z położną trzeba się już liczyć i położna więcej kosztuje. Nie widzimy w tym kierunku poprawy na lepsze. Obserwacje rodzących, przywiezionych do zakładu z prowincji dają nam dokładny obraz tego, co się dzieje po wsiach, i w jakich warunkach odbywa się poród. Jeżeli poród w tych warunkach przebiega nieprawidłowo — to z reguły kończy się katastrofą.

Położne narzekają, że nie mogą sobie poradzić z babkami. Jest to zupełnie niezrozumiałe i świadczy tylko o nieudolności położnej i o jej nieprzygotowaniu do pracy zawodowej. Położna mądra, należycie wyszkolona, tak-

towna, będzie na głuchej zapadłej wsi, a nawet w miasteczku osobą, do której zbiegiem czasu zaczną się ludzie garnąć i zasięgać jej rady, nie tylko w sprawach związanych z ciążą, porodem i połogiem, lecz również i w sprawach ogólniejszych. Wykształcona i uświadomiona położna może zorganizować kobiety wiejskie, wywierać za ich pośrednictwem wpływ na sprawy do których jest powołana.

Położnej w walce z babkami udzieli pomocy i poparcia lekarz powiatowy i okręgowy.

Sprawa, którą poruszyłem w tym artykule, daje się streścić w krótkiem zdaniu, a mianowicie: ciemnota na wsi wpływa na to, że kobiety ciężarne i rodzące szukają pomocy babek: ciemnota jest sprzymierzeńcem babek, które na tej ciemnocie żerują. Z drugiej strony daje się odczuwać we wsiach brak odpowiednio przygotowanych do wykonywania zawodu położnych, które mogłyby skutecznie walczyć z babkami, któreby umiały zyskać dla siebie szacunek i zaufanie ludności i przyciągać na swoją stronę ciemny lud.

Są takie położne na wsi, jednak jest ich za mało.

W dużych miastach mamy obecnie nadmiar położnych. Nie mają one dosłownie z czego żyć. Ten stan wpływa na obniżenie się etyki zawodowej położnych. Najlepiej ilustrują to ciągłe i częste procesy karne, wytaczane położnym w ostatnich latach. Mimo to położna zamieszkała w mieście, nie pojedzie na wieś.

Tymczasowy Wydział Powiatowy pewnego powiatu zgłosił się do Szkoły Położnych we Lwowie z prośbą o polecenie kandydatek do obsadzenia 18 posad położnych okręgowych wiejskich. Szkoła powiadomiła o tem położne. Zdaje się żadna z nich nie wniosła podania o nadanie posady.

Nauczanie w Szkołach położnych idzie obecnie w tym kierunku, by przygotować położną do pracy zawodowej i społecznej na tym terenie, gdzie praca ta leży odłogiem. Do pracy tej stale się położne zachęca, przedstawiając im stan faktyczny jaki obecnie ma miejsce. Wiele z nich spełnia należycie swoje obowiązki zawodowe i przynosi korzyść społeczeństwu.

Spodziewać się należy, że warunki pracy położnej na

wsi poprawią się w niedługim czasie. Z roku na rok rozwija się szkolnictwo ludowe, podnosi się zatem uświadomienie społeczeństwa, rok rocznie garnie się do szkól położnych lepszy materjał (uczenic. Owoce pracy nad niemi są już tu i ówdzie widoczne.

Życzyćby sobie tylko należało, ażeby osiedlały się one w tych miejscowościach, w których daje się odczuwać największy brak położnych, a więc w pierwszym rzędzie na wsi.

FRANCISZEK KSAWERY CIESZYŃSKI (Warszawa).

Trzy i półletnia działalność oddziału noworodków w Miejskim Zakładzie Położniczym im. Ks. Anny Mazowieckiej.

(Naczelny Lekarz Dr. med. Władysław Janczewski).

Okres trzyletni jest niewątpliwie zbyt krótki, aby móc ostatecznie ocenić wartość działalności ludzkiej, która w wartkim prądzie życia stopniowo tylko doskonalić się może w miarę duchowego wyrabiania się jej uczestników, lecz dostatecznie długi, aby móc zorjentować się co do trafności zastosowanych metod działania i celowości usiłowań zbliżenia całej działalności do wytkniętego ideału, zmniejszenia do minimum chorobowości i śmiertelności noworodków.

Przy ocenie dotychczasowej działalności oddziału zważyć należy, że wszelkie czynności pielęgniarskie około noworodków pełnią uczenice Szkoły Położnych, które mają poza sobą siedmio-oddziałową Szkołę Powszechną, przychodzą dla odbycia swych ćwiczeń praktycznych czyli t. zw. dyżurów co 4-tą dobę na całe 24 godziny, podczas których na zmianę śpią na kozetkach i odżywiają się własnym kosztem tem, co ze sobą przynoszą i na gazie sobie odgrzewają.

Jasnem jest przeto, że w takich warunkach personel słabo wyrobiony i mało inteligentny trudno jest podciągnąć do takiej wyżyny, na jakiej stoją zawodowe Szkoły Pielęgniarstwa, które swym uczenicom o wyższym stopniu wykształcenia dają warunki, nie przeszkadzające im w in-

tensywnej, trudnej i odpowiedzialnej pracy pielęgniarskiej. Dlatego owoce pracy naszych uczenic mogą być porównywane z pracą tamtych tylko przy uwzględnieniu powyżej wyłuszczonych nierównych warunków.

Dla uzmysłowienia wyników działalności naszego oddziału noworodków przedstawione są poniżej graficznie liczby schorzeń, zależnych głównie od mniejszej lub większej staranności uczenic. We wszystkich serjach kolumn uderza podniesienie się ich wysokości z początkiem roku 1930-go, co tłumaczyć należy, tem, że od tego czasu instruktorką i kontrolerką pracy uczenic jest specjalna, nadzwyczaj sumienna położna, która poszczególne schorzenie stopniowo coraz dokładniej notuje i do księgi statystycznej starannie wpisuje. Tymczasem poprzednio co miesiąc zmieniające się położne, spełniały obowiązki swe przeważnie powierzchownie, gdyż częsta zmiana ich miejsca pracy nie pozwalała na dokładniejsze wniknięcie w drobiazgi, jakiemi są w gruncie rzeczy przedstawione poniżej schorzenia.

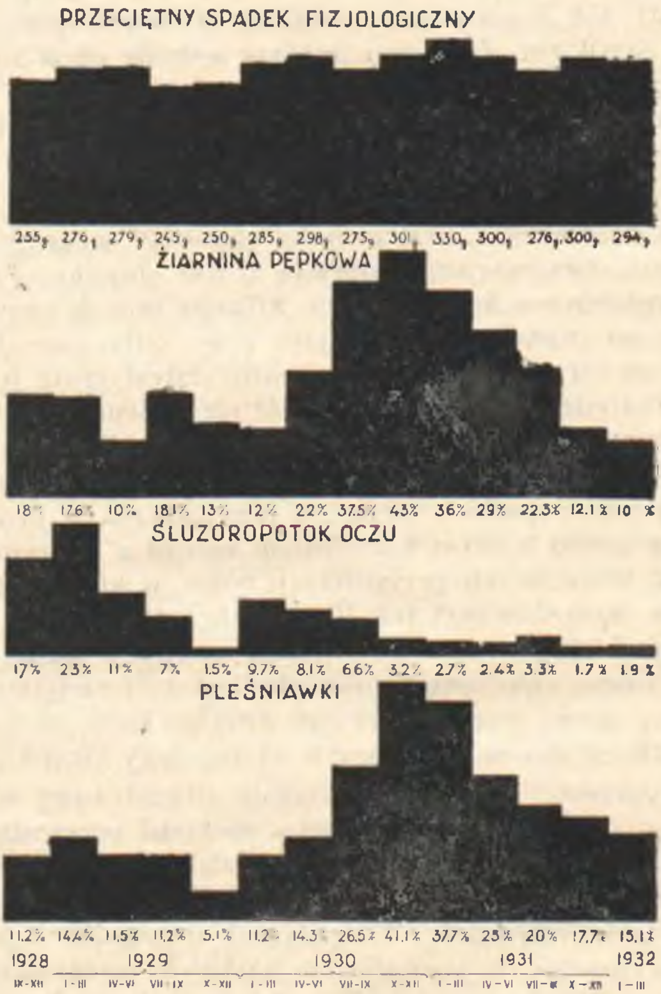
W pierwszym rzędzie omówienia wymaga fizjologiczny spadek wagi noworodków, na który intensywna opieka nad noworodkiem może wywrzeć wpływ niewątpliwie duży. Jesteśmy zwolennikami prób Schick'a, aby zupełnie usunąć fizjologiczny spadek, wagi lecz tylko drogą naturalną, t. zn. przez przypilnowanie, aby noworodek lepiej ssał, ewent. przez dokarmienie go pokarmem, ściągniętym od jego matki a w ostateczności od innej zdrowej kobiety, której krew była badana na kiłę i dała odczyn ujemny. Nie możemy zaś zgodzić się z tem, co czyni się np. w Lwowskiej Szkole, aby każdemu noworodkowi w pierwszych dniach jego życia, kiedy prawie żadna matka niema jeszcze dosyć pokarmu, dodawać mieszanki z krowiego mleka. Jesteśmy temu przeciwni, nietylko że względów ekonomicznych lecz głównie pedagogicznych. Poznawszy psychikę ogółu matek, uważamy takie postępowanie za wysoce niebezpieczne, gdyż nietylko dziecko przekłada zbyt prędko łatwo płynącą butelkę nad wysiłek ssania, ale również i matka ulega bardzo często zbyt pochopnie pokusie początkowej wygody, która później staje się dla niej utrapieniem, a dla dziecka tak niebezpiecznem źródłem częściowo śmiertelnych zaburzeń w trawieniu.

Z tych powodów więc musimy się pogodzić z bardzo wysokim — przyznajmy to szczerze — fizjologicznym spadkiem wagi, który narazie mimo naszych usiłowań nie wykazuje wyraźniejszej tendencji do zmniejszania się. W nielicznych przypadkach udało się nam zbliżyć do przyświecającego nam ideału usunięcia spadku, a w wyjątkowych przypadkach tylko osiągnęły go dawniejsze uczenice w roli praktykantek, gdy pielęgnowały tylko po jednej matce z dzieckiem i wykazały wyjątkową gorliwość. Przypadki te stawiamy uczenicom naszym za wzór godny naśladowania, lecz zdajemy sobie sprawę, że jest im bardzo trudno postawiony ideał osiągnąć, gdy każda z nich niedostatecznie jeszcze przygotowana, ma nie jedną matkę z dzieckiem do pielęgnowania lecz 10—13. Mimo tych trudności, stojących przed niemi, nie pozwalamy im jednakże, chociaż o to bardzo proszą, dożywiać noworodków mieszanką, aby czasem nie nauczyły się tak wygodnej metody i później nie zaczęły jej stosować szeroko w praktyce z tak wielkiem niebezpieczeństwem dla matek i dzieci.

Druga na poły jeszcze fizjologiczna na poły już patologiczna zmiana u noworodka — to ziarnina pępkowa, która częściowo jest następstwem niedostatecznie zarastających naczyń pępkowych a częściowo tylko skutkiem niedbale zaopatrzonego pępka. Uderzająca jest na wykresie tak silnie wzrastająca liczba ich w roku 1930, która tłumaczy się tem, że specjalna położna od noworodków gorliwość swą w stwierdzaniu ziarniny doprowadziła do takiej przesady, że widziała ją nawet tam, gdzie ranka pępkowa zarastała normalną ziarniną. Gdy kontrola moja na skutek tej przesady stała się dokładniejsza, liczby procentowe ziarnin zaczęły szybko się zmniejszać i ostatnia na tablicy umieszczona wynosiła już tylko 10,1 proc. czyli najmniej z wszystkich.

Nader pocieszający jest natomiast wykres procentowych liczb śluzoropnych oczu, który wykazuje stałe obniżenie się ich z 23 proc. stopniowo na 1,7 proc. — 1,9 proc., a przejściowo nawet na 1,5 proc. Świadczy to niewątpliwie o coraz intensywniejszej pielęgnacji noworodków i coraz staranniejszem przemywaniu ich oczu podczas kąpieli rannej oraz w ciągu dnia, co ma doniosłe znaczenie dla zapobiegania rozwinięcia się tego niebezpiecznego dla

wzroku schorzenia ze zwykłego podrażnienia spojówek po zabiegu Crèdè'go wzgl. ze zwykłego zanieczyszczenia ich. Z tą stale zmniejszającą się liczbą śluzoropotoku oczu dawaliśmy sobie zawsze sami radę bez pomocy okulisty, a nieliczne przypadki, niewygojone jeszcze przed wypisem,



kierowaliśmy do Kliniki Ocznej Uniwer. Warsz. lub Instytutu Oftalmicznego wzgl. do Kasy Chorych.

Podobnie jak z ziarniną pępkową, miała się sprawa z pleśniawkami. Niezbyt dokładnie stwierdzane i odnotowywane przypadki zaczęły się stopniowo silnie mnożyć, gdy specjalna położna od noworodków zaczęła ich coraz

dokładniej szukać i gorliwość swą doprowadzając do przesady, zaczęła znajdować je tam, gdzie ich jeszcze nie było. Coraz dokładniejsza kontrola jej „odkryć“ doprowadziła do stopniowego zmniejszenia się ich z 41.1 proc. na 25 proc. a w ostatnich wykreślonych kwartałach nawet na 17,7 i 15,1 proc. Gliceryna z boraksem w zwykle stosowanym rozczynie 3:1 dawała nam zawsze dostateczne rezultaty, tak iż nie potrzebowaliśmy się nigdy oglądać za innym środkiem. Zmuszeni byliśmy jedynie obok zawsze stosowanego smoczka czasem używać pałeczki z watą, nasiąkniętą tym samym płynem, do delikatnego wytarcia samego języka, gdy na nim kożuszek pleśniawek był zbyt gruby.

Co do częstości niestrawności zauważyć możemy chociaż małą lecz wyraźną poprawę dzięki stopniowo coraz regularniejszemu karmieniu, do którego powoli przyzwyczajają się nawet matki, mające przy sobie swe dzieci. Rzuca się też w oczy, chociaż narazie statystycznie jeszcze nie potwierdzona, większa rzadkość niestrawności u dzieci, oddzielonych od matek. Na salach noworodków bowiem zwykle rzadziej w robocie jest woda wapienna, którą stosujemy we wszystkich lżejszych przypadkach w ilościach 2—10 g. przed każdem karmieniem naogół z dobrym wynikiem. W cięższych przypadkach tylko, w których liczba stolców wynosi więcej niż 10 na dobę, stosujemy zawsze owocnie 5-6 procentowy. mleczan wapnia z jedną i pół 1/2 — 1 proc. mleczanu bromu, aby uspokoić nietylko podrażnione kiszki, lecz również całe dziecko, które przejmuje od matki zwykle w tych razach występujący niepokój.

Wyprzenie, czyli przez działanie długotrwałej wilgoci występujące zniszczenie naskórka, zachodzi przeważnie na pośladkach naskutek macerującego działania dłuższego rozkładających się stolców i stoi dlatego w dość ścisłej łączności z niestrawnością. W rzadszych przypadkach występuje wyprzenie w pachwinach naskutek rozkładania się moczu — a mianowicie soli moczanowych na kwas moczowy. i amoniak. W nielicznych przypadkach mamy wyprzenie skóry na szyi wskutek działania rozkładających się wymiocin, a w wyjątkowych przypadkach pod pachami naskutek działania potu. Ze względu na tyle przyczyn wykres częstości wyprzenia nie pokrywa się z wykresem

niestrawności. Odmienność i różne nasilenie wykresu częstości wyprzenia tłumaczy się też trudnością ustalenia, kiedy już można mówić o wyprzeniu, które tworzy się naogół powoli a cofnąć się może już w początkowem stadjum rozwoju. Stąd częstość notowanego wyprzenia zależy głównie od dokładności osoby spostrzegającej i notującej. Ze środków leczniczych stosowaliśmy naogół talk na pół z cynkiem, a w cięższych przypadkach dermatol na pół z cynkiem. Dobre wyniki widzieliśmy również po stosowaniu pudru i maści „Vaselan", przesłanych nam w większej ilości przez firmę Chemergon z Poznania.

W końcu ze schorzeń noworodków wykresem przedstawiona jest częstość pęcherzycy, która przeważnie rozwija się z miejscowego wyprzenia i dlatego wykazuje na wykresie tak uderzającą równoległość z wykresem wyprzenia. Na podstawie naszego kilkoletniego doświadczenia nieoddzielania noworodków z pęcherzycą od dzieci zdrowych możemy się przeciwstawić ogólnie panującemu dotąd poglądowi, że pęcherzyca ma główne swoje źródło w zakażeniu się dziecka od dziecka. Stajemy przeciwnie na stanowisku, że najprzód musi być choćby cośkolwiek uszkodzony naskórek, a drugorzędną dopiero rolę odgrywa zarazek, naogół wszędzie a temsamem i na skórze noworodka zawsze jest obecny. Rzecz oczywista, że zarazek, pochodzący z jakiegoś pęcherzyka ropnego, jest zawsze zjadliwszy, lecz również może się dostać do skóry noworodka li tylko przez uszkodzony naskórek. Musiałaby więc pielęgnująca, gdyby miała zapomnieć umyć ręce po dotknięciu noworodka z pęcherzycą, do czego jest ciągłemi wskazówkami naszemi i w sumieniu swem zobowiązana, zranić wpierw naskórek noworodka zdrowego przez zbyt długie paznokcie, których jej również nosić nie wolno, lub przez zbyt chropowate ręce, a następnie dopiero zaszczepić ten złośliwy zarazek. Uszkodzenie naskórka również spowodowane być może na szyjce przez szorstki brzeg koszulki, zwłaszcza jeżeli jest przez przeciągniętą tasiemkę pofałdowany i po użyciu krochmalu stanowi czasem rodzaj tarki. Po stwierdzeniu bowiem tej przyczyny i usunięciu jej przez zalecenie szycia nadal tylko koszulek z szyjnym brzegiem gładkim bez konieczności fałdowania go za pomocą tasiemki, nie widujemy prawie wcale pęcherzycy, zaczynającej się na szyjce.

Następnie potrzebny jest jeszcze mniejszy lub większy brak oporności dziecka, aby pęcherzyca stała się mniej lub bardziej złośliwa. U dziecka z dużą opornością wrodzoną nawet wówczas, gdy naskórek zniszczony jest przez wilgoć i np. w wyprzeniu skóra leży obnażona, nie zagnieżdża się pęcherzyca. I odwrotnie u dzieci z małą opornością lub z zupełnym brakiem jej z minimalnego wyprzenia na szyi, pod pachą lub w pachwinach czy nawet w fałdach udowych, powstać może pęcherzyca nawet przy tak starannej pielęgnacji, jaką dać może specjalna pielęgniarka i to wyszkolona.

Spostrzegaliśmy bowiem uderzającą częstość pęcherzyczy nawet dosyć złośliwej u dzieci w oddzielnych pokoikach, mających sumienne i dobrze wykwalifikowane pielęgniarki, a temsamem nie stykających się absolutnie z innemi dziećmi. Przyczyną tego faktu jest naszem zdaniem psychiczny a temsamem i fizyczny brak oporności wydelikaconych matek wobec życia wogóle a wobec przejść porodowych w szczególności, który udziela się również ich dzieciom i czyni je podatnemi do powstania pęcherzycy. Z tej też przyczyny naogół stosunkowo rzadziej pęcherzycę mieliśmy i mamy nadal u dzieci na salach ogólnych, u których wrodzona oporność jest większa, niż u dzieci delikatniejszych w oddzielnych pokoikach, mimo że ostatnie mają pielęgnację lepszą, gdyż na jedną uczenicę przypada 4—5 matek z dziećmi, kiedy na salach ogólnych na jedną uczenicę wypada 10—13 matek z dziećmi.

Leczenie pęcherzycy nie ulega w naszej praktyce naogół zmianom. Stosowaliśmy nadal 1—2 r. dziennie kąpiel w roztworze nadmanganianu potasu 1 : 10000, poszczególne pęcherzyki po poprzedniem zajodynowaniu przerywaliśmy poprzez jałową watę, jodynowaliśmy ponownie i zasypywali dermatolem na pół z cynkiem. Pozostałe części skóry zaś przemywaliśmy spirytusem salicylowym dla zapobiegania dalszym uszkodzeniom naskórka i zakażeniom go. Przez stosowanie starannej czystości bielizny, przestrzeganie zasady częstego mycia rąk i noszenia krótkich paznokci staraliśmy się wogóle zapobiegać tej przykrej chorobie. Jak wykazują liczby wykresu częstości pęcherzycy, cel ten udało nam się osiągnąć w dużej mierze, gdyż najwyż-

sza liczba 13,6 proc. od czasu dokładnego notowania obniżyła się stopniowo do 1,3 proc.



Jako zwyczajne powikłanie wzgl., następstwo pęcherzycy spostrzegaliśmy w niektórych przypadkach czyractwo oraz mniejsze lub większe ropnie, które po poprzedniem okładaniu płynem Burowa w chwili odpowiedniej przecinaliśmy skalpelem, aby czyraki wzgl. ropnie opróżnić z ropy. W wyjątkowych przypadkach tylko dochodziło do ropowicy, dla której opróżnienia trzeba było dokonać większego cięcia i przeciwcięcia a nawet płukania 0,2 proc. roczynem Rivanolu. Naogół czyraki, ropnie czy ropowice kończyły się szczęśliwie wygojeniem. Częstość ich była tak mała, że nie pozwoliła na przedstawienie ułamków odsetek

w specjalnych wykresach. Również inne schorzenia ogólne noworodków były tak rzadkie, że nie dały ująć się w odsetki a tym mniej przedstawić w wykresach.

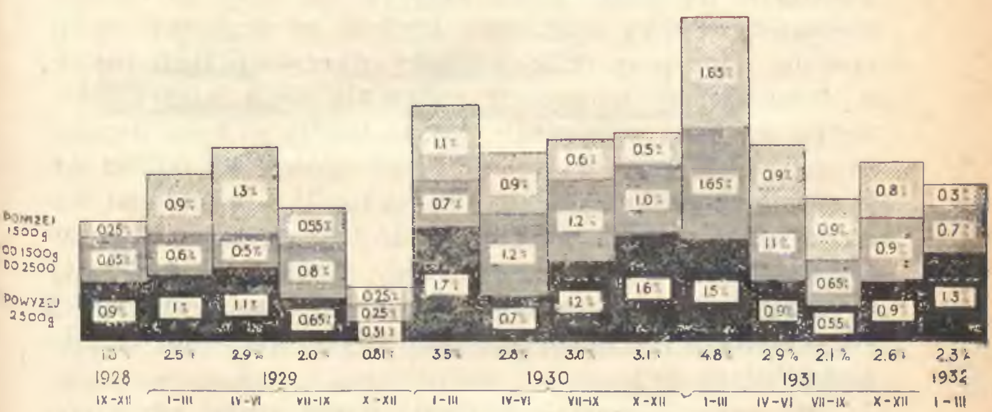
Ujęliśmy natomiast w odsetki, przedstawione na ostatnim wykresie drugiej tablicy, liczbę dzieci dokarmianych i wyłącznie karmionych mieszanką. Były to dzieci matek operowanych i ciężko chorych oraz zmarłych. Dokarmianie wzgl. zupełne karmienie tych dzieci przez inne matki wzgl. pokarmem od nich ściąganym, naturalnie po przeprowadzeniu odczynów kiłowych, nie było naogół możliwe, gdyż bywają dni, że potrzeba 4—5, a przeciętnie 2–3 litrów mieszanki, a mamek, dostarczających takie ilości pokarmu, w Zakładzie nie mamy jak w Domu Wychowawczym. Mimo niebezpieczeństw, jakie przedstawia sztuczne karmienie, zmuszeni byliśmy podawać mieszankę, pod względem odżywczym równowartościową z pokarmem t. zn. pół na pół z wodą i z dodatkiem 8 i pół proc. cukru. Dzieciom, odżywianym wyłącznie sztucznie, dodawaliśmy zawsze soki owocowe lub jarzynowe, aby uzupełnić w gotowanem mleku brakujące witaminy.

Tablica trzecia przedstawia nam w zróżniczkowanym wykresie śmiertelność dzieci żywo urodzonych i przywiezionych na sale połogowe. Mimo naszych usiłowań i starań w coraz doskonalszem pielęgnowaniu noworodków, wpływ nasz na obniżenie śmiertelności, nie może niestety być tak duży, jakbyśmy tego pragnęli. Jak wykazuje bowiem wykres, stopniowo coraz intensywniej cieniowany, im większa jest waga zmarłego dziecka, przeważająca większość zmarłych dzieci dotyczy zawsze wcześniaków, których nie udało nam się utrzymać przy życiu, mimo że naogół miały dostateczną ciepłotę i w miarę możności były dostatecznie dokarmiane ściąganym pokarmem. Przemawiałoby to za tem, że wcześniaczki zmarłe nie miały dostatecznych sił, aby dostosować się do gorszych warunków życia pozamacicznego. Trudniej natomiast jest nam powiedzieć z czystem sumieniem, czy ze zmarłych dzieci donoszonych bezwzględnie wszystkie były skazane na śmierć. Wyjaśnić może nam to poniższa statystyka śmiertelnych przypadków donoszonych. W ciągu tych trzech lat, z których zdajemy sprawę, zmarło 84 dzieci donoszonych, a mianowicie:

Z powodu	wylewów krwawych do mózgu	21	dzieci
,, ,,	zamartwicy białej lub sinej	10	,,
,, ,,	twardziny noworodków	6	,,
,, ,,	posocznicy wzgl. posocznicoropn.	6	,,
,, ,,	słabości wrodzonej i bliźniaczej	4	,,
,, ,,	krwawiączki	2	,,
,, ,,	wodogłowia wrodzonego	2	,,
,, ,,	rozszczepu kręgosłupa	2	,,
,, ,,	innych wad wrodzonych	2	,,
,, ,,	kiły wrodzonej	1	dziecko
,, ,,	choroby Rittera	1	,,
,, ,,	krwawienia z pępka	1	,,
,, ,,	zgorzeli po kleszczach	1	,,
,, ,,	zapalenia płuc	1	,,
,, ,,	ciężkiej niestrawności	1	,,

ponadto przyczyny niewyjaśnione wzgl. nie wpisane w 23 przypadkach.

ŚMIERTELNOŚĆ
NOWORODKÓW BĘDĄCYCH NA ODDZIALE.



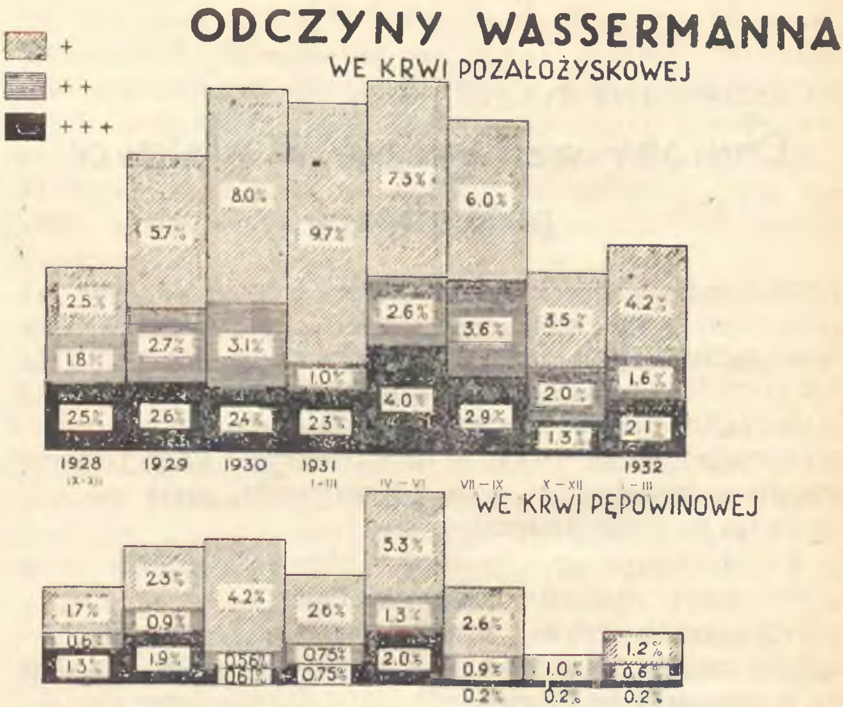
Czwarta tablica przedstawia wyniki badań krwi, które stanowią ważne ogniwo w walce z kiłą w tej myśli, jak ją autor tego artykułu zainicjował w r. 1924. Plan był wytknięty, aby u wszystkich matek, rodzących w Miejskich Zakładach Położniczych i Klinice Położniczej Uniwersyteckiej była pobierana przy porodzie krew pozałożyskowa i pępowinowa jako krew — dziecka i badana na

odczyny kiłowe w Miejskim Instytucie Higjenicznym wzgl. w Klinice Dermatologicznej, oraz aby każda matka z dodatnimi odczynami kiłowymi kierowana była dla wczesnego leczenia do stworzonej w r. 1925 przez tegoż autora Przychodni Przeciwkiłowej, dla dzieci, w której pedjatra leczyłby dziecko, a dermatolog równocześnie matkę.

Jeżeli chodzi o ocenę wyników badania co do częstości kiły, która od naszych wpływów jest absolutnie niezależna, przyznać musimy, że utrzymujące się poprzednio prawie że na jednym poziomie liczby dodatnich wyników kiłowych podniosły się w drugim kwartale r. 1931 uderzająco znacznie lecz tylko przejściowo, gdyż odpowiednie liczby z trzeciego kwartalu 1931 r. wykazują już obniżenie, a liczby z ostatniego kwartału tegoż roku i zamieszczone na wykresie, liczby z pierwszego kwartału 1932 r., dają dalszą znaczną zniżkę, gdyż wynoszą we krwi pozałożyskowej dla +, 3,5 proc. i 4,2 proc., dla ++, 2,0 proc. i 1,6 proc, i dla +++, 1,3 proc., i 2,1 proc., oraz we krwi pępowinowej dla +, 1,2 proc., dla ++, 0,6 proc., a dla +++, zaledwie 0,2 proc. Zaznaczyć należy, że zgodnie ze stanowiskiem serologów uważamy jeden krzyżyk we krwi za odczyn nieswoisty a dwa wzgl. trzy kryżyki za względnie tylko swoiste, gdyż przy dalszej ścisłej obserwacji tych matek u wielu objawy kiłowe nie pojawiały się a odczyny dodatnie we krwi ustępowały tak iż trzeba je było uważać za nieswoiste czyli wywołane przez zmiany koloidowe we krwi matek naskutek ciąży. W tej myśli z wyraźnem zastrzeżeniem co do swoistości stwierdzonych odczynów dodatnich, kierowaliśmy wszystkie te matki dla dalszej obserwacji wzgl. wczesnego leczenia do wymienionej wyżej Przychodni Przeciwkiłowej dla dzieci wzgl. do Kliniki Dermatologicznej.

W walce z gruźlicą braliśmy nadal udział przez podawanie noworodkom szczepionki B. C. G. I tak podaliśmy w r. 1928 644 noworodkom i w r. 1929 aż 2163 noworodkom szczepionkę, ponieważ nie mieliśmy ograniczeń ze strony Państwowego Związku Przeciwgruźliczego. Gdy jednakże tenże uzależnił każdorazowe podanie szczepionki od poprzedniego zrobienia wywiadu, uskuteczniaanego przez swoją specjalną wywiadowczynię, i ograniczył je wyłącznie do noworodków istotnie zagrożonych gruźlicą,

i to tylko, o ile można je izolować na cztery tygodnie od osoby prątkującej, wtenczas liczba szczepionych spadła do 314 w r. 1930 i do 364 w r. 1931.



W końcu współpracowaliśmy ręka w rękę z otwartą opieką społeczną nad matką i dzieckiem, kierując prawie że wszystkie matki, wychodzące z Zakładu, do najbliższych im Stacji Opieki nad matką i dzieckiem i zawiadamiając dane stacje zapomocą specjalnych kartek, zawierających datę urodzenia dziecka, wagę i wzrost przy urodzeniu oraz wypisaniu, wyniki badania krwi oraz daty podania szczepionki B. C. G. Nieślubne matki zaś, nie mające gdzie głowy skłonić, kierowaliśmy do Tow. „Ratujmy Niemowlęta“, które ma schronisko 20 łóżkowe na Pradze i 60 łóżkowe przy ul. Spokojnej, do „Koła Pracy Kobiet“, które ma schronisko 12 łóżkowe na Grochowie oraz do Związku Obywatelskiej Pracy Kobiet, które ma schronisko 30 łóżkowe na Wawelskiej. Każdej matce nieślubnej, która nie miała w co owinąć swe dziecko, dawaliśmy, od

dawna już w Zakładzie praktykowanym zwyczajem, starą koszulkę, pieluszkę, ceratkę i kolderkę. W ten sposób pomagaliśmy w miarę naszych sił tym nieszczęśliwym istotom moralnie i materjalnie.

Dr. ELJASZÓWNA ANNA — (Lwów).

Choroby weneryczne w praktyce położniczej.

Choroba weneryczna kobiety rodzącej grozi niebezpieczeństwem zakażenia nietylko dziecku, ale także personelowi zajętemu przy rodzącej. Należy zatem zawsze pamiętać o możności takiego zakażenia tembardziej, że choroby weneryczne u kobiet niejednokrotnie dają objawy bardzo niewyraźne, które łatwo można przeoczyć przy powierzchownem badaniu, a często też pacjentka sama nie wie, że cierpi na chorobę weneryczną.

Są 4 choroby weneryczne, z których dwie mają szczególnie ważne znaczenie: rzeżączka i kiła.

Rzeżączka jest to choroba, wywołana przez drobnoustrój, zwany gonokokiem. Zakażenie przychodzi do skutku drogą stosunku płciowego; tylko u dzieci zdarza się zakażenie pośrednie przez przedmioty, zanieczyszczone ropą rzeżączkową. Gonokoki wywołują zmiany na błonie śluzowej narządu rodnego.

U kobiety dorosłej następuje zapalenie cewki moczowej oraz kanału szyjki macicy, rzadko natomiast, zwykle tylko u kobiet ciężarnych, zdarza się rzeżączkowe zapalenie sromu i pochwy. Objawy rzeżączki są: pieczenie i kłucie w cewce moczowej przy oddawaniu moczu, oraz upławy, początkowo ropne, później zmieniające się w śluzowe. Po miesiączce, szczególnie zaś po porodzie, może przyjść do zaostrzenia procesu rzeżączkowego, oraz zajęcia górnych odcinków dróg rodnych: zapalenia macicy i przydatków, gromadzenia się ropy w trąbkach, zapalenia otrzewnej miednicy małej. Stąd też często kobieta po jednym porodzie, który spowodował rozszerzenie się procesu rzeżączkowego na macicę i przydatki, staje się bezpłodną.

U małych dziewczynek zakażenie rzeżączkowe powoduje zapalenie sromu i pochwy.

Przy udzielaniu pomocy kobiecie chorej na rzeżączkę należy pamiętać, aby nie zatrzeć oka palcami, zawalanemi wydzieliną rzeżączkową. Gonokok bowiem dostawszy się do oka, wywołuje gwałtowne ropne zapalenie spojówek, które może doprowadzić do utraty wzroku. To samo niebezpieczeństwo zagraża dziecku w czasie przechodzenia przez kanał rodny matki. Stąd istnieje przepis zapobiegawczego zakraplania oczu noworodka roztworem lapisu. U dziewczynek przez zakażenie gonokokowe w czasie porodu może przyjść do rzeżączkowego zapalenia sromu i pochwy.

Wprawdzie rzeżączka nie jest to choroba ciężka, zwłaszcza u kobiet i nie zagraża życiu, jest jednak trudno uleczalna. Gonokoki tylko wyjątkowo dostają się do krwi i do innych narządów poza narządem rodnym.

Natomiast kiła jest to choroba bardzo poważna, może zajmować wszystkie narządy, a nawet stać się przyczyną śmierci. Jest to choroba zakaźna: przenosi się za pośrednictwem drobnoustroju, zwanego krętkiem bladym. Człowiek dostaje kiły w ciągu życia, albo też przynosi ją z sobą na świat jako chorobę wrodzoną.

Kiła nabyta jest chorobą okresową. W miejscu wtargnięcia krętka bladego do ustroju w 3 tygodnie po zakażeniu powstaje owrzodzenie, zwane wrzodem twardym, z powodu chrząstkowatej twardości swego podłoża. Pojawieniu się zmiany pierwotnej towarzyszy powiększenie okolicznych gruczołów chłonnych. Ponieważ kiła nabyta jest najczęściej chorobą weneryczną, wrzód twardy znajduje się tedy najczęściej na częściach płciowych, a więc u kobiety na wargach dużych, małych, w pochwie, na szyjce macicy. Wrzód twardy po pewnym czasie samoistnie ulega wygojeniu. Okres wystąpienia wrzodu twardego i powiększenia okolicznych gruczołów chłonnych nazywa się pierwszorzędnym okresem kiły.

W 6 tygodniu po zakażeniu, powiększają się gruczoły chłonne całego ciała, a na skórze pojawia się wysypka,

Pamiętaj, że rodząca może Cię zarazić kiłą.

podobna do wysypki odrowej. Również we krwi występują zmiany, które mogą przetrwać wszystkie inne objawy i zapomocą których możemy rozpoznawać zakażenie kiłowe. Jest to t. zw. odczyn Wassermanna. Okres ten nazywa się



Kiła I-rzędna. Owrzodzenie i obrzęk wargi sromowej mniejszej

drugorzędnym okresem kiły. W tym okresie krętki blade dostają się do krwi i wraz z prądem krwi rozchodzą się po całym ustroju. Jeżeli osobnik zakażony kiłą nie leczy się, wysypka może wprawdzie chwilowo cofnąć się samoistnie, jednakże nawraca w pewnych dość prawidłowych odstępach czasu. Są to t. zw. wysypki nawrotowe. Zwykle wysypka pierwsza jest plamkowata, niewyraźna. Następne są wyraźniejsze, składają się nietylko z plam, ale i z guzków, są umieszczone nie tylko na skórze, ale także w jamie ustnej. Guzki te w okolicy narządów płciowych i odbytu mogą dochodzić do wielkości grochu i większej. Ponieważ skóra w tych miejscach ustawicznie ulega zwilżaniu i maceracji, guzki rozpadają się na powierzchni i sączą.

Nazywamy te wykwity kłykcinami sączącemi. Wykwity te roją się od krętków bladych i są ogromnie zakaźne. Okres drugorzędny trwa około 4 lata.



Kiła II-rzędna osutka na tułowiu i kończynach.

Po pewnym czasie zmiany na skórze i błonach śluzowych zupełnie się cofają i osobnik jest pozornie zdrów. Jednakże krętki nie znikły z ustroju, tylko przyczaiły się w narządach wewnętrznych. Okres ten nazywamy okresem kiły utajonej. Po kilku niekiedy po kilkunastu latach znowu pojawiają się zmiany kiłowe tak zwane trzeciorzędne, w postaci wrzodów albo guzów, zwanych kilakami. Kilaki zawierają bardzo mało krętków i nie są tak niebezpieczne dla otoczenia, jak zmiany drugorzędne. Niszczą one części miękkie, a nawet kości, mogą spowodować zapadnięcie się nasady nosa. W tym też okresie występują zmiany kiłowe w narządach wewnętrznych: w tętnicy głównej, wątrobie i układzie nerwowym. Kiła w okresie późnym wywołuje chorobę umysłową, zwaną porażeniem postępującem.

Jak wspomniałam wyżej, kiła jest chorobą, przenoszącą się z rodziców na potomstwo, nawet w dalsze pokolenia. Zakażenie kiłowe prowadzi często do obumarcia płodu

w macicy. Przyczyną wielu poronień i przedwczesnych porodów jest właśnie kiła matki. Dziecko może przyjść na świat już z objawami kilowemi, albo też objawy te występują nieco później. Dziecko z kiłą wrodzoną jest blade, anemiczne, ma sapkę, na skórze i błonach śluzowych jest pokryte wysypką o tym samym charakterze, co drugorzędne objawy kiłowe u dorosłych. Dla kiły dziecięcej jest charakterystyczną wysypka pęcherzowa. Wszystkie te wykwity są bardzo zakaźne. Stąd też, jeżeli widzimy, że rodzi się dziecko pokryte wysypką, powinniśmy o tem pamiętać, że to może być kiła i zachować odpowiednie ostrożności. Dzieci z kiłą wrodzoną są zwykle niedorozwinięte pod



Kiła II-rzędna. Grudki przerostowe (lepieże) sączące w okolicy sromu.

względem fizycznym i umysłowym. Duży ich procent wcześnie umiera. O ile doczekają późniejszego wieku, a nie są leczone, rozwijają się u nich zmiany trzeciorzędne w postaci kilaków skóry, kości i narządów wewnętrznych.

Ponieważ dziecko ulega zazwyczaj zakażeniu kiłą już w łonie matki, zakażenie dziecka przy porodzie nie zdarza

się często, chyba w tych wyjątkowych wypadkach, kiedy na częściach płciowych matki znajduje się owrzodzenie pierwotne, a kiła jej jeszcze nie uległa uogólnieniu.

Przed zakażeniem rzeżączkowym przy rodzącej stosunkowo można się łatwo ustrzedz przy zachowaniu niewielkich ostrożności. Znacznie większe niebezpieczeństwo zakażenia grozi położnej przy porodzie osoby kiłowej i to zarówno ze strony matki jak i ze strony dziecka. Na częściach płciowych rodzącej mogą być umiejscowione owe najbardziej zakaźne drugorzędne zmiany kiłowe, zwane kłykcinami sączącymi. Płód może być pokryty wykwitami kiłowemi, które roją się od krętków bladych. Również krew z pępowiny może być zakaźna, jakkolwiek w mniejszym stopniu. Wystarczy mała ranka, małe otarcie naskórka na palcu, aby tą drogą dostały się krętki do ustroju i aby przyszło do zakażenia kiłowego położnej. Znamy niestety dużo podobnych wypadków. Pojawia się wówczas na palcu wrzód twardy, albo też palec obrzęka i jak wyrażamy się popularnie, zaczyna „obierać" w około paznokcia. Zwykłe leczenie wówczas nie pomaga i dopiero zbadanie krwi na odczyn Wassermana pozwala postawić właściwe rozpoznanie i zastosować właściwe leczenie, które odpowiednio wcześnie rozpoczęte prowadzi do zupełnego wyleczenia.

Dr. ŁEOPOLD GERHARDT. — (Lwów).

Kilka uwag o rozpoznawaniu płci płodu w łonie matki.

Kwestja rozpoznawania płci płodu przed jego narodzeniem się była i jest do czasów obecnych jednem z najbardziej zawiłych zagadnień biologicznych, którą ludzkość interesowała się niewątpliwie już od początku swego istnienia. Jest to bowiem zjawisko niezmiernie doniosłe nie tylko pod względem naukowym, ale też i społecznym, politycznym a w końcu i rodzinnem. Wszakże niema chyba ciężarnej, ojca i t. d., którychby nie zaciekawiło pytanie, jakiego rodzaju będzie płeć dziecka, które powiększy liczbę

rodziny. Wyjątkowo się tylko zdarza, żeby interesowani w tem ludzie nie mieli w tym kierunku specjalnych życzeń.

Nie dziwi nas więc fakt, że sprawą tą zajmowano się już od bardzo dawna i podchodzono pod powyższy temat z wszystkich możliwych stron. Mamy w tym celu ogromną wprost ilość wierzeń ludowych, moc przesądów, sztuczek czarodziejskich, zaklęć, modlitw i. t. d. Wszystko to oczywiście jest bardzo naiwne, chociaż nie jest ono pozbawione pewnych szans powodzenia. W każdym bowiem twierdzeniu mieści się 50 proc. prawdy. Albo będzie syn albo córka. Trzecia ewentualność jest tu niemożliwa (rozpatrujemy stosunki normalne, fizjologiczne). I na tem właśnie polegają owe sztuczki czarodziejskie, zaklęcia, przepowiednie znachorów i t. d.

Podstawy naukowe uzyskała ta kwestja po stwierdzeniu związku przyczynowego między stosunkami płciowemi a porodem i po wykazaniu zależności wszystkich cech postaciowych płodu od pewnych morfologicznych składników elementów płciowych tj. komórek płciowych: plemnika względnie jajka.

Ponieważ kwestja rozpoznawania płci łączy się ściśle z kwestją powstawania, wspomnę tedy pokrótce i o niem. Początkowo przypuszczano, że płeć płodu zależy od jajka a zatem od matki. Wymyślono szereg teorji. Tak np. twierdzono, że jeśli zapłodnione zostanie jajko z prawego jajnika, to urodzi się syn, z lewego jajnika zaś córka.

Ta teorja t. zw. jajnikowców została jednak wkrótce obalona. Również nie znalazła potwierdzenia teorja, uzależniająca płeć płodu od czasu spółkowania odnośnie do pory dnia względnie nocy, jak i odnośnie do cyklu miesiączkowego. Bez znaczenia są również takie czynniki jak wiek rodziców, stan ich odżywienia, różnica sił fizycznych partnerów, liczba stosunków płciowych, zdolność płciowa, dojrzałość komórek płciowych w chwili zetknięcia się i. t. d. Wszystkie te czynniki ani nie wpływają na powstawanie płci, ani też nie mogą być punktem wyjścia w przepowiadaniu płci płodu, mającego się urodzić.

Dziś stoimy na stanowisku, że o płci płodu decyduje plemnik a więc mężczyzna. Kobieta i jajko nie odgrywają przy tem żadnej roli. Płeć płodu zależy od morfologicznego*)

*) morfologja — nauka o kształcie.

składu plemnika, a ściślej od ilości t. zw. chromosomów*), mieszczących się w główce plemnika. W razie gdy plemnik zapładniający komórkę jajka zawiera nieparzystą ilość chromosomów, a więc w przypadkach, w których plemnik zapładniający zawiera t. zw. chromosom płciowy, powstanie córka, gdy tego heterochromosomu w tym plemniku nie będzie, rozwinie się syn. Świadomie jednak wpłynąć na to, żeby ten a nie inny plemnik zapłodnił komórkę jajową wewnątrz narządu rodnego kobiety jest ze zrozumiałych przyczyn conajmniej rzeczą trudną, a nawet i dzisiaj jeszcze niemożliwą, chociaż wspomnieć tu muszę, że próby wtym kierunku już robiono.

Podobnie trudno też jest na tych podstawach stworzyć naukowe próby rozpoznawania płci płodu, rozwijającego się w łonie matki. Istniejące próby oparte są na reakcji organizmu na każde obcogatunkowe białko, wprowadzone do ustroju, a takiem obcem białkiem jest białko plemników, ulokowanych w narządzie rodnym kobiety w czasie stosunku płciowego oraz białko tkanek, rozwijającego się wewnątrz macicy płodu. Organizm kobiety reaguje na nie, wytwarzając przeciwciała. Otóż zdawałoby się, że łatwo będzie wykazać te przeciwciała, co w pierwszym przypadku pozwalałoby rozpoznać ciążę jako taką, w drugim zaś umożliwiałoby rozpoznanie płci płodu. Okazało się jednak w praktyce, że nie tak łatwo jest wydrzeć przyrodzie jej tajemnicę. Wszystkie bowiem t. zw. próby serologiczne, oparte na powyższych rozumowaniach spełzły na niczem.

W ostatnich czasach w związku z rozwojem nauki o hormonach**), a specjalnie hormonach płciowych, zaczęło znowu zwracać baczniejszą uwagę na zagadnienie płci i jej rozpoznanie, posługując się w tym celu zdobyczami hormonologji.

*) chromosom — część jądra komórki w czasie podziału.
**) hormon — wydzieliny gruczołów dokrewnych.

Dokładne zakroplenie oczu noworodka, chroni ludzkość przed ślepotą.

Seminarjum położnicze.

W sprawie odprowadzania moczu cewnikiem.

Cewniki służą do odprowadzania moczu. Rozróżniamy cewniki metalowe, szklane i gumowe. Cewniki metalowe są najlepsze, gdyż są trwałe i dają się dobrze wyjałowić i odkazić. Cewniki szklane są również bardzo dobre, jednak łatwo ulegają rozbiciu. Cewniki gumowe są najgorsze. Nie dadzą się dobrze wyjałowić, gdyż guma nie znosi dłuższego gotowania, łatwo zatem ulegają zniszczeniu.

Położna winna mieć cewnik metalowy i cewnik gumowy miękki. W czasie porodu w pierwszym okresie porodowym główka płodu znajduje się głęboko w miednicy małej i uciska na cewkę moczową. Skutkiem ucisku główki na cewkę moczową rodząca niekiedy nie może oddać moczu, pęcherz moczowy wypełnia się moczem i przez powłoki brzuszne daje się z łatwością wybadać jako ciało miękkie, w którym stwierdzamy chełbotanie płynu. Wzrokiem zauważymy wyniosłość kulistą nad spojeniem łonowem ostro odgraniczoną od ściany macicy. Niedoświadczona położna może w takich wypadkach pomylić się, uważając bruzdę, istniejącą pomiędzy przepełnionym pęcherzem, a ścianą macicy, za pierścień skurczowy. W wypadkach nadmiernego nagromadzenia się moczu w pęcherzu moczowym podczas porodu — istnieje potrzeba odprowadzenia moczu. Do tego celu używa się właśnie miękkiego cewnika gumowego. Gdyby położna użyła cewnika metalowego, to mogłoby się wydarzyć, iż wprowadzając cewnik do pęcherza napotka na opór, jaki powoduje główka płodu, uciskająca na cewkę. Gdyby chciała ten opór pokonać, może z łatwością przebić cewkę moczową, przez co narazi rodzącą na bardzo poważne niebezpieczeństwo.

Położna winna zdawać sobie sprawę, że odprowadzenie moczu cewnikiem jest zabiegiem poważnym i naraża kobietę na niebezpieczeństwo. Nawet jeżeli mocz zostanie odprowadzony według wszelkich zasad, jakich się położna uczyła w Szkole, to i wtedy niebezpieczeństwo nie jest mniejsze. Dlatego też powinno się unikać odprowadzania moczu i przystępować do tego zabiegu tylko w razie bezwzględnej konieczności. Położne zbyt pochopnie

i bez żadnej potrzeby odprowadzają mocz rodzącym i położnicom. W trzecim okresie porodowym położne zupełnie bezkrytycznie odprowadzają mocz czy trzeba, czy nie trzeba. Zdaje się im bowiem, że po opróżnieniu pęcherza łatwiej odklei się łożysko. Jest to postępowanie zupełnie błędne i niebezpieczne. Tylko w wyjątkowych wypadkach może zajść potrzeba odprowadzania moczu w tym okresie porodu. Rodząca sama odda mocz w tym okresie porodu, trzeba jej na to zwrócić uwagę. Wystarczy nieraz lekki ucisk ręką na pęcherz, by rodząca oddała mocz. Najpochopniej i bez żadnego uzasadnienia odprowadzają położne mocz w połogu. Położnice mają dość często trudności w oddawaniu moczu, nawet po porodach prawidłowych. Dzieje się to z najrozmaitszych przyczyn. Jedną z tych przyczyn może być niemożność oddawania moczu w pozycji leżącej, najczęstszą jednak przyczyną jest zwiotczenie powłok brzusznych, rozciągniętych przez macicę ciężarną, a co za tem idzie osłabienie tłoczni brzusznej, oraz zwiększenie pojemności pęcherza w czasie ciąży. Powłoki brzuszne nie mogą się skutkiem tego kurczyć, ściany pęcherza są również osłabione i położnica skutkiem tego nie może oddać moczu. Należy zatem spowodować skurcz pęcherza, co umożliwi samoistne oddanie moczu. Do tego celu służy okład zimny lub gorący na okolicę pęcherza, zbliżenie do siebie rękami mięśni prostych brzucha i jednocześnie ucisk na pęcherz moczowy, podłożenie basenu z gorącą wodą pod położnicę. Lekarze w podobnych wypadkach, oprócz wspomnianych środków, stosują jeszcze lekarstwa, które mają na celu spowodowanie skurczu pęcherza i oddanie moczu. Położnym w takich wypadkach nie wolno stosować żadnych leków. Pod wpływem czynników psychicznych może nastąpić również skurcz pęcherza i oddanie moczu. Puszczenie strumienia wody z wodociągu, namowy i perswazje, pouczenie że odprowadzenie moczu jest niebezpieczne i. t. d. Skoro te środki zawiodą wolno z dwojga złego wybrać mniejsze i pozwolić położnicy usiąść w łóżku, aby w pozycji siedzącej oddała mocz.

Jeżeli położna jest osobą cierpliwą, taktowną i umiejętnie zastosuje powyżej wymienione środki, to najczęściej obejdzie się bez odprowadzenia moczu cewnikiem. W zakładach położniczych odprowadzenie moczu cewnikiem

w czasie połogu należy do wydarzeń wyjątkowych. Wykonywa ten zabieg lekarz, a położna tylko na polecenie lekarza.

Jeżeli środki wyżej wymienione zawiodą i położnica moczu nie odda — należy przystąpić do odprowadzenia moczu cewnikiem. Przedtem jednak należy uzyskać zgodę lekarza, a gdyby lekarza nie było, wolno położnej samej odprowadzić mocz cewnikiem, winna jednak to zanotować w swoim dzienniku.

Zdawałoby się na pozór, że nic łatwiejszego być nie może, niż odprowadzenie moczu u kobiety, a jednak tak nie jest. Następstwa jakie spowodować może jednorazowe odprowadzenie moczu mogą być w skutkach wprost nieobliczalne. Nie będę wspominał, o tem, że do odprowadzenia moczu należy obmyć ręce według przepisu, wyjałowić cewnik według przepisu, gdyż każda położna winna o tym pamiętać. O technice odprowadzania również nie będę mówił, chcę tylko przypomnieć, iż w momencie wprowadzania cewnika do ujścia cewki moczowej należy cewnik bezpośrednio wprowadzić do ujścia cewki, nie wolno dotknąć cewnikiem otoczenia cewki moczowej, a następnie dopiero po odszukaniu ujścia cewki, wprowadzić do niej cewnik. Takie postępowanie byłoby błędem. Gdyby się to stało, należy ponownie wygotować cewnik i dopiero wprowadzić go do pęcherza.

Zwykle jednorazowe odprowadzenie moczu cewnikiem zmusza do dalszego stosowania tego zabiegu nieraz w ciągu kilka dni.

Jakie mogą być następstwa odprowadzenia moczu cewnikiem? W czasie odprowadzenia, wykonanego nawet według zasad nauki, wprowadza się do pęcherza moczowego zarazki, znajdujące się w cewce moczowej. Jeżeli podczas odprowadzenia popełni położna błąd, szanse zakażenia zwiększają się. Zarazki wprowadzone do pęcherza zaczynają się tam rozwijać i powodują zapalenie błony śluzowej pęcherza. Są to przeważnie zarazki ropotwórcze. Pod ich wpływem w pęcherzu wytwarza się ropa. Występują wtedy bardzo charakterystyczne objawy, świadczące o zapaleniu pęcherza: parcie na mocz, pieczenie przy

Odprowadzaj mocz cewnikiem w ostateczności.

oddawaniu moczu, bole, wysoka ciepłota. Zarazki z pęcherza moczowego przedostają się przez moczowody do miedniczek nerkowych, wywolując tam również zapalenie ropne, stąd już atakują nerki, które zamienić się mogą w ropnie. Powstaje ciężkie schorzenie organizmu. Ciepłota ciała dochodzi do 40 stopni, występują dreszcze, niepokój. Stan chorej jest bardzo poważny. Zwykle położna i otoczenie sądzi, że jest to gorączka połogowa. Bardzo wiele kobiet umarło właśnie na taką „gorączkę połogową", wywołaną przez odprowadzenie moczu cewnikiem. Dopiero lekarz wezwany do gorączkującej położnicy ustala właściwe rozpoznanie i stwierdza przyczynę choroby. Chora, aby ją ratować, winna być natychmiast odesłana do najbliższego szpitala. W celu jej ratowania może zajść nawet potrzeba operacji usunięcia jednej nerki. Często chore takie giną i wszelki ratunek okazuje się daremny. W zakładach położniczych po odprowadzeniu moczu cewnikiem przez lekarza lub bardzo doświadczoną położną, albo pielęgniarkę przepłukuje się pęcherz rozmaitemi płynami, zabijającemi zarazki, wprowadzone podczas odprowadzenia moczu, w celu zabezpieczenia kobiety przed zakażeniem. Mimo tych ostrożności niejednokrotnie nie możemy zapobiec zakażeniu.

Należy zatem uniknąć odprowadzania moczu cewnikiem, gdyż jednorazowe nawet odprowadzenie moczu może spowodować zapalenie pęcherza. Wypróbować wszystkie wyżej wymienione sposoby, aby spowodować samoistne oddanie moczu. Jeżeli środki te zawiodą — położna obowiązana jest odprowadzić mocz cewnikiem. Dobrze będzie, jeżeli uświadomi sobie w tym momencie, jakie następstwa to pociągnie.

Przegląd piśmiennictwa.

(Streszczał Dr. Fr. Schneck — Lwów).

Dr. K. KLEIN.

Łożysko przodujące.

Jednem z najpoważniejszych powikłań ciąży i porodu jest łożysko przodujące. Wskutek zbyt niskiego usadowienia się w jamie macicy jaja płodowego, łożysko rozwija

się tuż nad ujściem wewnętrznem. W czasie wytwarzania się dolnego odcinka porodowego, ściany kanału szyji rozsuwają się od siebie; wskutek tego następuje odrywanie się poszczególnych kosmków od miejsc przyczepu, otwieranie się przestrzeni międzykosmkowych i obfity upływ krwi. Ten upływ krwi stanowi groźne niebezpieczeństwo dla życia matki i płodu. Pamiętać zatem należy o tem, że każde krwawienie w drugiej połowie ciąży i na początku porodu pochodzi przeważnie z przodującego łożyska. Przy badaniu wewnętrznem wyczuwamy przez sklepienie, pomiędzy szyją macicy i częścią przodującą płodu miękką, grubą warstwę łożyska, zaś przy rozwartej szyji wyczuwamy na końcu kanału szyji zamiast gładkiej i śliskiej powierzchni cienkich błon płodowych opór znacznie grubszy, mięsistszy, o powierzchni nierównej, szorstkiej.

Obowiązkiem położnej wezwanej do przodującego łożyska jest natychmiastowe zawezwanie lekarza, względnie przeniesienie chorej do szpitala. O ile krwawienie jest obfite, koniecznem może się okazać mocne wytamponowanie pochwy, zwłaszcza, jeśli szpital jest odległy. Zabieg ten może położna wykonać z ścisłem zachowaniem przepisów aseptyki t. j. bacząc na jaknajstaranniejsze odkażenie rąk, gazy użytej do tamponowania.

Przegląd akuszeryjny Nr. 2/31.

Dr. EBERHARD — (Baden).

Pęknięcie macicy.

Macica może pęknąć pod koniec ciąży w miejscu blizny, pozostałej po poprzednich zabiegach (cięcie cesarskie, wyłuszczenie guza wśródmacicznego i t. p.) lub też podczas porodu również w miejscu blizny, która stanowi miejsce zmniejszonego oporu lub też wskutek innej przeszkody porodowej, (ścieśniona miednica, położenie poprzeczne zaniedbane, wodogłowie, nowotwory szyjki macicy). Pęknięcie może być samoistne lub też jako następstwo zabiegu.

Każda położna powinna umieć rozpoznać grożące pęknięcie macicy, gdyż od wczesnego rozpoznania zależy w tych wypadkach życie pacjentki.

Jakież więc są objawy grożącego pęknięcia macicy? Bóle porodowe są gwałtowniejsze częstsze i niewydatne. Przerwa między bólami może być tak mała, że macica pozostaje w stałym skurczu (tężec macicy), pierścień skurczowy staje się widoczny i przebiega tuż pod pępkiem. Rodząca jest niespokojna i przestraszona, tętno rodzącej przyśpieszone, czasami ciepłota podwyższona. Ciepłota może jednak być podwyższona niekoniecznie w przypadkach grożącego pęknięcia, lecz w każdym przedłużającym się porodzie. Powłoki brzuszne rodzącej są bardzo tkliwe, tak, że dotknięcie wywołuje silne bóle.

O ile pęknięcie nastąpiło nagle, zauważa się prawie zupełnie ustanie bólów oraz zapad rodzącej wskutek krwotoku. Krwotok, który nastąpił przez pęknięcie jakiegoś naczynia może być wewnętrzny lub zewnętrzny, najczęściej wewnętrzny. Zależnie od gwałtowności krwotoku może nastąpić wkrótce śmierć wskutek skrwawienia, albo też może być jeszcze czas na wykonanie operacji. Części drobne płodu, których przed pęknięciem dobrze nie wyczuwano stwierdza się obecnie tuż pod powłokami brzusznemi.

Rokowanie zależy od chwili rozpoznania, ponieważ im prędzej położna obserwacją i badaniem zewnętrznym zorjentuje się co do grożącego niebezpieczeństwa i im prędzej wezwie lekarza, tem większe jest prawdopodobieństwo uratowania życia rodzącej.

Zeitsch. Deutsch. Hebammen Nr. 2/34. Niemieckie czasopismo dla położnych.

Dr. KONRAD KAYSER ERFURT.

Opaska brzuszna podczas ciąży i połogu.

Częstokroć radzi się ciężarna kobieta położnej, czy ma w czasie ciąży nosić opaskę brzuszną, jaką ta opaska ma być i w którym okresie ciąży noszenie jej jest wskazane. Ważnem przeto jest, by położna umiała na to pytanie odpowiedzieć, a nie kierowała się reklamą rozmaitych bandażystów w dziennikach wzgl. pozostawiała wybór opaski samym bandażystom. Opaska winna odpowiadać następującym warunkom:

1. Materjał płócienny, silny, bez gumy, która rozciąga się i nie odpowiada zadaniu.

2. Opaska ma być gładka, bez wypukleń, sięgająca do pępka, zaś wkładki podpierające winny przebiegać od góry i tyłu ku dołowi i przodowi, tylko taka opaska może narządy jamy brzusznej wypierać ku górze.

3. Do opaski mają być przyszyte podwiązki, które zapobiegają posuwanie się opaski ku górze, a zarazem staje się niepotrzebnem noszeniem podwiązek gumowych powyżej lub poniżej kolan, powodujących powstanie żylaków.

4. Ściąganie opaski umożliwione ma być z tyłu, zaś zawiązywać wzgl. zapinać ją należy z przodu. Można ją zatem ubrać w pozycji leżącej.

Noszenie opaski należy doradzać ciężarnym, u których brzuch jest silnie i kopulasto wysklepiony, lub obwisły wskutek otyłości, starszym pierwiastkom oraz ciężarnym, skarżącym się na silne bóle w krzyżach. Ciężarna powinna ubrać opaskę dopiero w 7-mym miesiącu, przyczem każdą opaskę uszyć należy na miarę, a nie kupować gotowe, które rzadko kiedy są dobre.

Po porodzie stwierdza się często rozstęp mięśni prostych brzucha. Położnicy powinno się zatem odrazu brzuch ściągnąć opaską, zrobioną z prześcieradła, lub też wykonaną przez bandażystę. Przez cały czas połogu a zatem 6. tygodni należy położnicom doradzać noszenia opaski brzusznej.

Zeitsch. Deutsch. Hebammen Nr. 2/34. Niemieckie czasopismo dla położnych.

RUCH ORGANIZACYJNY.

PROTOKÓŁ
z posiedzenia miesięcznego Związku Egzaminowanych Położnych we Lwowie, odbytego w dniu 7-go marca 1934 r.

Porządek obrad 1. Odczytanie protokołu
2. Sprawozdanie kasowe
3. Wnioski i interpelacje.

Posiedzenie otworzyła przewodnicząca Związku p. M. Leszczyszynowa, przy udziale pełnego Zarządu oraz członkiń Związku. Zebranie zaszczyciła swoją obecnością p. Dr. Tyszkowa ze Zw. Ob. Pr. Kobiet. Po odczytaniu protokołu przez sekretarkę i przyjęciu tegoż, przystąpiono do sprawozdania kasowego, które odczytała skarbniczka p. Kapralska. Po odczytaniu sprawozdania zwróciła się z apelem do członkiń, żeby wyrównywały zaciągnięte pożyczki i regularnie wpłacały wkładki członkowskie.

Następnie przewodnicząca poruszyła szereg spraw Związkowych.

P. Dr. Tyszkowa wygłosiła referat o Konstytucji objaśniając zebranym znaczenie tejże w dobie obecnej. Po krótkiej dyskusji posiedzenie zamknięto.

Sekretarka: *Fr. Toczyska.* Przewodnicząca: *M. Leszczyszyn.*

PROTOKÓŁ ORGANIZACYJNY
walnego Zebrania Położnych Powiatu Horodeńskiego odbytego w Horodence dnia 20 marca 1934 r. w sali Czytelni mieszczańskiej.

Zjazd otworzył w imieniu p. Starosty delegat lekarz powiatowy JWP. Dr. Dąbrowski.

Na przewodniczącą zebrania wybrano kol.: Rozalję Ciechanowską, na sekretarkę: kol. Marję Dobrowolską. Obecne: Migaczkówna Franciszka, Piziucznikowa Marja, Nahirna Stefanja, Lampner Gustawa, Hawrylewicz Helena, Piszak Anna, Korabanowa Rozalja, Kunicka Paulina, Buczowska Helena, Hałtarczuk Michalina, Sandecka Tekla, Łopuszańska Marja, Doroszowa Anna, Łukaniukowa Marja, Dobrowolska Marja i Ciechowska Rozalja.

Po przedstawieniu przez kol. Łukaniukową konieczności założenia oddziału Związku, położne uchwaliły założyć oddział w Horodence, któryby podlegał centralnemu Związkowi Egzam. Położnych Małopolski Wschodniej we Lwowie, przystąpić do niego — oraz przyjąć statut takowego po zapoznaniu się z nim.

Następnie przystąpiono do wyborów Prezydjum Oddziału i wybrano na przewodniczącą: Rozalję Ciechanowską, na sekretarkę: Marję Dobrowolską, na skarbniczkę: Marję Łukaniukową. Ponadto wybrano: Komisję Rewizyjną, oraz Sąd koleżeński. Protektorat nad Oddz. łaskawie objąć raczył JWP. Dr. Dąbrowski — lek. powiatowy.

W skład Komisji Rewizyjnej weszły p. Marja Piziurska, Gusta Lampnerowa i Rozalja Korabanowa.

W skład Sądu koleżeńskiego: Rozalja Ciechanowska, Helena Hawrylewicz i Helena Buczowska.

Uchwalono, że każda członkini ma wpłacić 50 gr. za statut, 2 zł. wpisowego i 1 zł. 50 gr. na legitymację, oraz wkładkę miesięczną w wysokości 1 zł. Ze spraw pilnych uchwalono honorarjum za poród u sług zatrudnionych u właścicieli obszarów dworskich w kwocie 10 zł. — uwzględniając fakt, że porodów u bezrobotnych jest też dosyć — a za te nikt nie płaci.

HORODENKA, dnia 20 maja 1934 r.

HORODENKA, dnia 20 marca 1934 r.

Dobrowolska Marja. *Ciechanowska Rozalja.*

PROTOKÓŁ.

z posiedzenia miesięcznego Zarządu Egzam. Położnych we Lwowie, odbytego dnia 4. kwietnia 1934 r.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia nastąpiło sprawozdanie kasowe, Skarbniczka zaapelowała do członkiń, ażeby regularnie wpłacały wkładki członkowskie i zaopatrywały się w legitymacje członkowskie, statut i cennik — które Zarząd Związku wydrukował dla członkiń za zwrotem kosztu nakładu.

Przewodnicząca podała do wiadomości zebranym, że stosownie do §. §. 3. 7. j. 39. i 40. statutu rozesłano pisma do P. T. lekarzy powiatowych z prośbą o zakładanie od-

działów powiatowych. Na skutek tych pism zostały już zorganizowane oddziały w Krośnie i Horodence. W toku przygotowania są prace w Czortkowie, Samborze i Tarnopolu, gdzie już wysłano statuty. Inne jeszcze powiaty narazie nie odezwały się, ale należy się spodziewać, że wkrótce to uczynią.

Umowa zawarta z Kasą Chorych pozostaje w mocy bez zmian również po zjednoczeniu Towarzystwa w Ubezpieczalnię Społeczną.

Równocześnie przewodnicząca zaapelowała do członkiń, ażeby wszystkie członkinie prenumerowały miesięcznik „Położna", które to pismo jest organem Związku.

Dr. Bażowski odczytał konkurs wolnych posad położnych okręgowych w powiecie sanockim i tarnobrzeskim, o które położne mogą się ubiegać do 30. IV. 1934 r., wnosząc podanie do Wydziału powiatowego.

Dr. Tyszkowa wygłosiła pogadankę na temat ustawy Samorządowej i wyborów do rady miejskiej. W końcu wspomniała, że w poradni przy ulicy Fredry ma wykłady Dr. Duczymińska w sprawie walki z gruźlicą i chorobami wenerycznemi. Położne winny brać udział w tych wykładach, a następnie wśród swego otoczenia uświadamiać szczególnie młode panny, ażeby nie zawierały małżeństw w stanie chorób gruźlicznych, umysłowych, wenerycznych, padaczki, wady serca i. t. p. Choroby te odbijają się na potomstwie, przysparzając społeczeństwu kalek, degeneratów i umysłowo upośledzonych. Narzeczeństwo przed zawarciem małżeństwa winno poddać się szczególnemu zbadaniu przez lekarzy czy stan ich zdrowia pozwala na małżeństwo bez szkody dla małżonków i przyszłego pokolenia.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarka: *F. Toczyska.* — Przewodnicząca: *M. Leszczyszyn.*

Protokół organizacyjny z Walnego Zebrania Położnych pow. Tarnopolskiego odbytego 18. kwietnia 1934 r. w Tarnopolu.

Lekarz powiatowy J. W. P. Dr. Zieliński po otrzymaniu odezwy od Zw. Zaw. Egz. Poł. Małopolski Wsch. we Lwo-

wie, zwołał na dzień 18. kwietnia br. Walne zebranie Położnych powiatu tarnopolskiego, które odbyło się w budynku starostwa w Tarnopolu pod przewodnictwem JWP. Dr. Zielińskiego — przy udziale 35. członkiń. W zagajeniu JWP. Dr. Zieliński omówił treściwie cel zebrania i jego potrzebę, poczem udzielił głosu przewodniczącej Związku lwowskiego pani M. Leszczyszyn.

Przewodnicząca lwowskiego Związku po omówieniu zasług, jakie położył JWP. Dr. Zieliński około założenia oddziału w Tarnopolu w dłuższem przemówieniu przedstawiła cel organizacji. zaznaczając, że tylko silna Organizacja może polepszyć stosunki moralne i materjalne wśród położnych. Podniosła że Organem Związku jest miesięcznik „Położna", który członkinie obowiązane są popierać, prenumerując go i nadsyłając pisma z praktyki oraz sprawozdania do Redakcji. Sekretarka Związku lwowskiego p. Toczyska omówiła opłakany stan położnych we wsiach i współzawodnictwo babek, wyjaśniając potrzebę łączenia się w Związki Zawodowe oraz wypowiedzenie babkom bezwzględnej walki do unicestwienia ich bezprawnej praktyki. Po tych przemówieniach został wybrany Zarząd oddziału w następującym składzie:

Przewodnicząca: p. Franciszka Szembarówna z Tarnopola,

Skarbniczka: p. M. Ludwig z Tarnopola

Protektorem oddziału: JWP. Dr. Zieliński.

Na tem Zebranie zakończono, dziękując JWP. dr. Zielińskiemu za udział w Zebraniu i przychylne stanowisko dla Związku.

Sekretarka: Przewodnicząca:
F. Toczyska *M. Leszczyszyn.*

Z PRAKTYKI.

Położna okręgowa Helena Czajkowska, zamieszkała w Magierowie, do okręgu której oprócz Magierowa należy 16 wiosek, w liście do Związku Położnych we Lwowie, w którym prosi o radę i pomoc w walce z babkami, uniemożliwiającemi jej praktykę, przytacza następujące wypadki z praktyki babek.

Przy jednym porodzie babka urwała głowę noworodkowi. Przy innym porodzie gdzie urzędowała babka — chora

umarła wraz z płodem w czasie porodu. Gdy się o tem dowiedziałam zrobiłam doniesienie do Sądu grodzkiego w Rawie Ruskiej. Odbyła się sekcja zwłok. Policja babkę aresztowała, lecz po 14 dniach została wypuszczoną, gdyż uzyskała z gminy poświadczenie, że tylko wyjątkowo była obecna przy porodzie, lecz ona się tem nie zajmuje. Pierwiastka lat 40, rodziła przez tydzień przy pomocy babek na gołej podłodze. Po tygodniu zawezwano mnie, gdy przybyłam do chorej zastałam aż sześć babek z zakasanymi rękawami, kłócących się między sobą. Gdy kazałam chorą położyć do łóżka nie chciały na to zezwolić i wogóle nie dopuszczały mnie do chorej. Dopiero gdy im zagroziłam doniesieniem do Sądu i kazałam opuścić mieszkanie — mogłam poród doprowadzić szczęśliwie do końca.

Zawezwana, przychodzę do chorej, przy której była już babka. Chora silnie krwawi — babka uciekła przedemną z prześcieradłem skrwawionem, które poszła wyprać. Badanie zewnętrzne wykazało położenie płodu poprzeczne zaniedbane, z wypadniętą lewą rączką. Płód był nieżywy. Zażądałam natychmiast lekarza, gdyż chorej grozi niebezpieczeństwo, lecz chłop nie chciał, mówiąc: poto ja was tu sprowadził. Widząc, że się nie doproszę, kazałam chorą odwieźć do Szpitala — gdzie poród ukończono.

We wsiach babki pousuwały moje tablice, ażeby przypadkiem kto nie zawezwał mnie do porodu. Nie dziw przeto, że niema we wsi kobiety, ażeby nie miała przedartego krocza, a nawet tak dalece, że aż szyja maciczna i jej ujście jest aż nazewnątrz w kroku. Przejęta i zmordowana walką z losem, nie mogę dłużej milczeć i wołam do Związku, którego byłam założycielką wielkim głosem „Ratunku".

Dyrekcja Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie, ul. Pijarów 4, zawiadamia, że na podstawie reskryptu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. Z. U. 1661/30 z dnia 16-go maja 1930 nauka położnictwa w Państwowej Szkole Położnych we Lwowie trwa dwa lata. Corocznie może być przyjętych około 60 uczennic.

Warunki, którym winny odpowiadać kandydatki, wstępujące do Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie, są następujące (Dz. U. RZ. P. 34/28, poz. 316, art. 8):

1. ukończenie przynajmniej szkoły powszechnej;
2. ukończony 18-ty oraz nieprzekroczony 35-ty rok życia;
3. uzdolnienie fizyczne i umysłowe;
4. nienaganne prowadzenie się.

Kandydatki mają zgłosić się pisemnie w terminie do dnia 31-go lipca do Dyrekcji Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie, ul. Pijarów 1 i przedłożyć następujące dokumenty:

1. metryka chrztu, względnie urodzenia i ewentualnie metryka ślubu;
2. świadectwo szkolne conajmniej z ukończenia szkoły powszechnej;
3. świadectwo moralności;
4. świadectwo zdrowia i szczepienia ospy;
5. świadectwo przynależności.

Na dwuletni kurs położnictwa będą przyjmowane przedewszystkiem kandydatki wiejskie polecone przez Wydziały Rad powiatowych i przez gminy.

Podania bez dołączonych wszystkich dokumentów nie będą przyjmowane. Podania kandydatek poniżej lat 18 lub powyżej 35 nie będą wogóle rozpatrywane.

Na podstawie nadesłanych podań Dyrekcja Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie zawiadomi kandydatki pisemnie do dnia 15. września, czy zostaną warunkowo przyjęte. Definitywne przyjęcie nastąpi po osobistem zgłoszeniu się kandydatki dnia 1. października i stwierdzeniu, że włada dobrze językiem polskim (biegłe czytanie i pisanie) i posiada dostateczną inteligencję.

Nauka trwa dwa lata z ferjami wakacyjnemi w miesiącach sierpniu i wrześniu. Kurs kończy się egzaminem przed Komisją Egzaminacyjną dnia 31. lipca.

Uczenice mieszkają i utrzymują się we Lwowie na swój koszt, nauka jest bezpłatna, tytułem taksy egzaminacyjnej pobiera się tuż przed egzaminem po ukończonym dwuletnim kursie, kwotę 50 zł.

Na wydatki związane z pobytem w szkole wpłaca każda przyjęta kandydatka 50 zł.

Wydawca: Stow. Zawod. Położnych Małopolski. Redaktor odpow.: Dr. Jan Bażowski
Z Drukarni Narodowej Edwarda Zimnego, Lwów, Szajnochy 2, tel. 21-35.